UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 2

FACULTÉ DE MÉDECINE

TECHNIQUE OPÉRATOIRE NOUVELLE

POUR

L'EXTIRPATION DES TUMEURS DE LA GLANDE PAROTIDE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Novembre 1910

PAR

Antoine MAURIN

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE (Concours 1908)

Né à Nice, le 15 mai 1884

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, Professeur, *Président.*
GILIS, Professeur. } *Assesseurs.*
SOUBEYRAN, Agrégé. }
GRYNFELTT, Agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY, SUCCESSEUR
7, Boulevard du Peyrou

1910

TECHNIQUE OPÉRATOIRE NOUVELLE

POUR

L'EXTIRPATION DES TUMEURS DE LA GLANDE PAROTIDE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 2

FACULTÉ DE MÉDECINE

TECHNIQUE OPÉRATOIRE NOUVELLE

POUR

EXTIRPATION DES TUMEURS DE LA GLANDE PAROTIDE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Novembre 1910

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Antoine MAURIN

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE (Concours 1908)

Né à Nice, le 15 mai 1884

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, Professeur, *Président.*
GILIS, Professeur. } *Assesseurs.*
SOUBEYRAN, Agrégé. }
GRYNFELTT, Agrégé. }

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY, SUCCESSEUR
7, Boulevard du Peyrou

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻) ..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.
IZARD..... SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM.	GRASSET (✻). Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale.....		TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale		HAMELIN (✻).
Clinique médicale.....		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....		MAIRET (✻).
Physique médicale.....		IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....		GRANEL.
Clinique chirurgicale.....		FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.....		TRUC (✻).
Chimie médicale.....		VILLE.
Physiologie.....		HEDON.
Histologie.....		VIALLETON.
Pathologie interne.....		DUCAMP.
Anatomie.....		GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....		ESTOR.
Microbiologie.....		RODET.
Médecine légale et toxicologie.....		SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....		BAUMEL.
Anatomie pathologique.....		BOSC.
Hygiène.....		BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeuthique générales.....		RAUZIER. Chargé de l'enseign[t] la clinique médicale.
Clinique obstétricale.....		VALLOIS.

Professeurs-adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards		VIRES, agrégé libre.
Pathologie externe.....		LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....		DE ROUVILLE, prof.-adjoint
Accouchements.....		PUECH, prof. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires..		JEANBRAU, agrégé libre
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....		MOURET, prof. adj.
Médecine opératoire.....		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LAGRIFFOUL.	MM. DERRIEN.
VEDEL.	LEENHARDT.	DELMAS (Paul).
POUJOL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIÈRE.
GRYNFELTT Ed.	CABANNES.	

Examinateurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, *professeur, président.* | MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
GILIS, *professeur.* | GRYNFELTT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A. Maurin.

A MON PÈRE — A MA MÉRE

A MA BELLE-MÈRE

A MON BEAU-PÈRE LE DOCTEUR GILLES
DE L'ESTAQUE

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MON FRÈRE ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES BELLES-SOEURS

A MA NIÈCE — A MON NEVEU

A MA FILLEULE

A MES COUSINS ET COUSINES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A. MAURIN.

A MES MAITRES

M. LE DOCTEUR DELANGLADE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

M. LE DOCTEUR ESCAT

CHARGÉ DE LA CLINIQUE DES VOIES URINAIRES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A. MAURIN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

A. MAURIN.

INTRODUCTION

Au début de mon travail, j'exprime à mon maître, M. le professeur Delanglade, ma profonde reconnaissance pour la sollicitude qu'il n'a cessé de me témoigner aux heures claires ou sombres de mon existence d'étudiant.

Que M. le professeur Escat me permette de le confondre dans la même pensée de gratitude ; tous deux furent pour moi des maîtres aussi dévoués que des amis bienveillants.

Je remercie les chefs de service des Hôpitaux de Marseille dont j'ai eu l'honneur d'être l'externe ou l'interne : MM. Imbert, Roux de Brignoles, Acquaviva, Aubert, Treille-Perrin, Guende, Pieri, Silhol, Brun, Alezais, Boinet, Brun, Melchior, Robert-Louge, Cassoute, Arnaud.

Un bon souvenir à mes camarades des Hôpitaux, à J. Fiolle, P, Fiolle, R. Gauthier et en particulier à mon ami P. Jacques, interne des Hôpitaux, mort accidentellement le 14 août 1910.

J'ai emprunté à M. Peyron, aide d'anatomie à la Faculté de Médecine de Montpellier, dans un travail inédit sur les tumeurs parotidiennes, quelques renseignements des plus utiles ; qu'il me permette de le remercier.

Traiter la glande parotide comme la glande mammaire dans le Halsteadt est l'idée inspiratrice de cette étude ; je la dois à mon maître, M. le professeur Delanglade.

Après un court historique de la question, le rappel de quelques notions anatomiques et la relation de quelques extirpations pratiquées sur le cadavre, nous donnerons les raisons qui nous ont conduit à considérer comme trop économiques les procédés d'extirpations actuellement en honneur chez les chirurgiens. Nous exposerons ensuite les divers temps de l'acte opératoire.

Deux observations termineront ce travail ; elles relatent deux récidives, malgré la large exérèse pratiquée ; mais elles constituent cependant par la longue durée de la guérison apparente une preuve que l'intervention n'est pas inutile. De plus, en remarquant qu'il s'agit dans nos deux observations de deux cas limites, ne pouvons-nous pas affirmer que, pratiquée au moment de choix, c'est-à-dire à la période de début de la tumeur, l'opération donnerait des résultats aussi satisfaisants que le Halsteadt dans les tumeurs du sein ?

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

En 1790, M. Soucrampes, ancien chirugien major de l'armée, croyant avoir affaire à une loupe, entrait dans la loge parotidienne et extirpait en totalité une parotide squirreuse. « Je fis l'extirpation, dit-il dans la relation de son observation, que je n'aurais pas tentée si j'avais connu la maladie. » (*Journal de Méd. Chirurg.-Pharmacie,* vol. 84, p. 122.) Son malade guérit d'ailleurs parfaitement.

Il fallait en effet une erreur de diagnostic pour qu'un chirurgien osât, à l'époque où l'hémostase se faisait avec l'éponge cirée, les cautères actuels ou potentiels ou les flèches caustiques, porter le bistouri dans la région parotidienne.

Les hémorragies foudroyantes ou les accidents aussi graves que l'entrée de l'air dans les vaisseaux justifiaient l'abstention de la majorité des opérateurs et plusieurs, tels que Boyer, Richter, Richeraud, affirmaient l'impossibilité d'enlever la glande en totalité sans léser les vaisseaux ou les nerfs. Borden (« Mémoire sur les écrouelles. » Prix de l'Académie de Chirurgie) faisant la critique de quelques extirpations pratiquées avec succès par Heister, Béchard,

Lacoste écrivait : « Tous ceux qui disent avoir extirpé la parotide l'ont-ils fait ? Nous l'avons trouvée dans le cadavre et aperçue sur le vivant auxquels on dit l'avoir enlevée ; il est aisé de se tromper là-dessus et de prendre quelques lymphatiques engorgés ou une portion de la glande elle-même pour la totalité. » Allan Burns expérimentant sur le cadavre, écrit : « Si on injecte du mercure par le canal de Sténon jusque dans les grains glandulaires de la parotide et qu'on essaie avec le bistouri de détacher la glande, quelque soin qu'on apporte à cette opération, il est impossible d'y parvenir sans voir ruisseler le métal à la surface des incisions, ce qui indique qu'on intéresse la glande en un grand nombre de points. »

D'autres chirurgiens, tels que Gensoul, Maisonneuve, Velpeau, donnaient comme raison d'abstention que les tumeurs de la parotide étant habituellement du type squirreux, leur évolution était bénigne et qu'il valait mieux ne pas la toucher. Vers 1815, l'opinion générale était à peu près exprimée par cette phrase de Morat : « En me résumant, je dois dire que la section partielle de la parotide est insuffisante et non exempte de danger ; je pense que l'ablation entière de cette glande est impossible et que si on avait la hardiesse d'entreprendre une opération semblable, on compromettrait la vie de l'individu que l'on voudrait y soumettre. »

Cependant quelques rares chirurgiens osaient tenter l'intervention, si bien que en 1841, Bérard pouvait réunir dans sa Thèse de Concours 52 observations d'extirpation de la parotide. Discutant les observations, il démontre que l'extirpation a été complète dans la plupart des cas, que les dangers d'hémorragie ne sont pas impossibles à éviter, que l'opération est utile, puisque sur 52 cas on note à peine trois récidives. Il propose un manuel opératoire méthodique,

conseillant de lier au préalable l'artère carotide externe, comme l'avait déjà proposé Velpeau, et dissèque la glande de bas en haut.

Les conclusions de Bérard furent adoptées par la majorité des chirurgiens. En 1849, Monod, devant la Société de Chirurgie, discute des lésions de la carotide externe au cours de l'intervention. Gensoul, en 1851, rapporte deux observations d'extirpation. En 1852, Triquet s'efforce de prouver qu'on peut extirper la glande sans léser le facial, et Malgaigne émet le même avis six ans plus tard, devant l'Académie de Médecine. Mais malgré quelques succès opératoires, la fréquence des hémorragies primitives ou secondaires, la fréquence et la ténacité des récidives découragèrent les chirurgiens, et, en 1851, Tillaux dans son *Traité d'Anatomie topographique* écrivait : « L'extirpation de ces tumeurs étant inutile lorsqu'elle est incomplète, à peu près fatalement mortelle lorsqu'elle est totale, je considère qu'on ne doit pas la tenter. » (*Loc. cit.*, p. 272, Anat. Topogr.).

En 1895, Faure, dans la *Gazette des Hôpitaux*, publie une Revue générale sur la question de l'extirpation des tumeurs parotidiennes ; c'est le second travail important fait sur la question. Il précise certaines notions anatomiques indispensables, établit un manuel opératoire dans lequel il érige en méthode la résection de la partie postérieure de la branche montante du maxillaire inférieur. Il concluait : « Il faut opérer toute tumeur maligne de la parotide ne dépassant pas les limites de la glande. Il faut l'opérer d'autant plus hardiment qu'elle sera plus petite et mieux limitée. » (*Gazette des Hôpitaux*, 1895.)

C'est à l'heure actuelle l'avis de tous les chirurgiens. Les divergences ne porteront désormais que sur la technique à employer.

En 1905, Morestin propose de reséquer la branche mon-

tante tout entière. En 1906, Bérard et Leriche présentent devant la Société de Chirurgie de Lyon deux malades opérés suivant leur technique (voir plus loin, p. 36 et suivante). En 1909, Forgue, de Montpellier, dans la thèse de son élève Fadat, publie une technique nouvelle selon laquelle il ajoute à la résection de la branche montante du maxillaire, si elle est nécessaire, la rugination de la mastoïde et la résection de la partie antérieure du sterno-cleïdo-mastoïdien.

Ainsi donc, à propos de l'extirpation des tumeurs parotidiennes, comme cela s'observe pour toutes les interventions chirurgicales, l'audace des chirurgiens croît avec :

1° Les progrès de l'outillage chirurgical et les notions d'asepsie ;

2° Avec la précision de plus en plus grande des données anatomiques concernant la région.

C'est pour cette dernière raison que nous placerons en tête de notre travail un résumé de l'anatomie chirurgicale de la région parotidienne. Il fera l'objet de notre second chapitre.

CHAPITRE II

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Elles porteront sur :

I. La loge parotidienne. Zones décollables et adhérentes.
II. Les pédicules vasculaires.
III. Les rapports du nerf facial et de la carotide externe avec la glande.
IV. Les lymphatiques de la parotide.

I. Loge parotidienne. Zones décollables et adhérentes

Faure, dans sa revue générale, décrit d'une façon toute particulière les rapports de la glande avec l'excavation qui la contient, les zones où la dissection pouvait, sans effraction, la séparer des tissus voisins ; les zones où le tissu glandulaire adhérait intimément avec les organes en rapport.

Pour résumer son étude, nous dirons que la glande est décollable en tous points, sauf :

1° En arrière, au niveau du bord antérieur de la portion supérieure du sterno-cleïdo-mastoïdien ;

2° En avant, au niveau de la partie postérieure de l'articulation temporo-maxillaire ;

3° En haut, mais plus faiblement, au niveau de la zone auditive.

Sur ces trois points la dissection est relativement difficile, mais nous pensons qu'il est non seulement inutile d'y perdre son temps, mais encore que cette dissection minutieuse est une erreur opératoire. Lorsqu'une glande est atteinte de dégénérescence cancéreuse, il est logique d'admettre que toutes les parties de la glande sont suspectes et que c'est surtout au niveau des points où les tissus sont en rapports histologiques parfaits que l'on doit redouter une récidive. Ce sont des points que l'exérèse ne doit pas épargner et dans les deux observations que nous présentons, M. Delanglade a reséqué sans inconvénient :

1° La partie postérieure de la capsule en mettant à nu le condyle, sans qu'il en soit résulté aucun dommage pour la fonction ;

2° Toute la portion supérieure du sterno-cleïdo-mastoïdien;

3° Au niveau de la zone auditive on n'a pu évidemment que suivre les organes limites : le squelette à la rugine, et le conduit auditif à la spatule mousse. Mais en même temps que ces points, qu'il est logiquement indispensable d'enlever, nous pensons que partout où il est possible sans danger d'enlever les tissus en rapport avec la glande il faut le faire, et pour cela étudions où sont situées les zones dangereuses de l'excavation parotidienne.

A. La peau qui recouvre la face externe de la parotide est épargnée par la plupart des chirurgiens, sauf lorsqu'elle est adhérente (voir Verneuil-Bérard). Pourquoi ne pas l'enlever toujours comme on enlève dans le Halsteadt la peau qui recouvre la glande mammaire ?

Au temps où Bérard écrivait son ouvrage, l'on craignait les complications possibles de suppuration, de phlegmon,

d'érysipèle si l'on essayait de réunir ; l'asepsie moderne nous met à l'abri de ces dangers ; de plus, si l'on songe avec quelle facilité se font les récidives au niveau de la peau en cas de cancers glandulaires, c'est une garantie de plus à l'actif de l'opération.

Parlerons-nous aussi des petits ganglions lymphatiques sous-cutanés dont l'existence n'est pas niable (voir plus loin) et que l'incision verticale ou en T épargnait et laissait libres de recommencer ?

Et en dernier lieu, pour justifier cette exérèse, n'est-ce pas quelque chose d'important que de remédier en partie à la paralysie faciale, qui suit fatalement l'extirpation, par le rapprochement des bords de la plaie ? La cicatrice rétractile qui se montre à la suite de l'opération joue jusqu'à un certain point le rôle de tenseur de l'hémimasque paralysé. Ce n'est pas une vue de l'esprit. Notre observation n° 2 nous montre que la paralysie faciale n'était visible qu'au niveau de l'orbiculaire des paupières.

Il faut donc enlever la peau, puisqu'on peut le faire sans danger et qu'il y a utilité à le faire.

B. Au niveau de la face antérieure nous ne trouvons que des muscles et de l'os ; le décollement y est facile, mais un prolongement de la glande recouvre la portion moyenne du masséter et sa face antérieure s'applique sur le périoste du bord postérieur de la branche montante. Les auteurs reséquent la branche montante sans toucher au muscle ; or, la propagation se fait bien plus facilement dans le muscle que dans l'os ; ne vaut-il pas mieux enlever le muscle en même temps que le prolongement masséterin et ruginer le périoste du bord postérieur de la branche montante, comme on enlève dans le Halstead les muscles pectoraux sous-jacents à la glande ?

C. La face postérieure peut se diviser en deux régions : a) *Une région externe*, c'est la portion où l'on peut et l'on doit enlever les tissus en rapports immédiats, portion antérieure du sterno-cleïdo-mastoïdien et supérieure du digastrique. Remarquons que le sterno-cleïdo-mastoïdien a été enlevé en totalité par Mickulicz dans le torticolis congénital sans qu'il en résulte aucun inconvénient (*Centralblatt für chir.*, 5 janvier 1895) ; b) *Une région interne*, qui est évidemment le point faible de l'intervention, c'est la région dangereuse constituée par l'apophyse styloïde avec son bouquet musculaire qui masque la carotide, la jugulaire interne et les gros nerfs ; là il faut disséquer au doigt, prudemment, lorsque cela est possible. Et le diagnostic de l'intégrité de la partie interne de la paroi postérieure doit être fait avant l'intervention par le toucher pharyngien. Si l'amygdale est proéminente, si le doigt sent en avant ou en arrière d'elle l'induration particulière de l'envahissement cancéreux, il faut se résigner à l'abstention ; la dissection sera impossible et la blessure des gros vaisseaux fatale.

D. En dedans, au niveau du pharynx, la glande se laisse décoller au doigt et nous pouvons répéter ce que nous avons écrit quelques lignes au-dessus, abstention obligatoire si le pharynx est envahi.

E. En bas, au niveau de l'angle inférieur de la mâchoire, la glande se met en rapport avec le vaisseau fibreux sterno-maxillaire qu'il faut enlever : d'abord parce qu'il touche immédiatement la glande ; ensuite parce que son ablation nous donne issue dans la loge sous-maxillaire d'où l'on extirpera quelques ganglions aberrants si l'on en trouve.

II. Des pédicules vasculaires

Ils sont admirablement décrits dans le travail de Faure ; nous allons en donner un court résumé.

Il en décrit sept :

1° Le pédicule temporal, formé des artère et veines temporales, nerf auriculo-temporal ;

2° Le pédicule extra-condylien, formé des veines émanées du plexus ptérygoïdien, passant entre le masséter et le col du condyle ;

3° Le pédicule sous condylien, artère maxillaire interne et ses veines, contournant le col du condyle en pleine masse parotidienne ;

4° Le pédicule antérieur, transversale de la face et canal de Sténon ;

5° Le pédicule cervical, jugulaire externe ;

6° Le pédicule carotidien, carotide externe et veine anastomotique ;

7° Pédicule stylo-mastoïdien, artère stylo-mastoïdienne et nerf facial.

Tels sont les vaisseaux que nous rencontrerons au cours de l'intervention et qu'il nous faudra lier. Ajoutons le pédicule de l'artère auriculaire postérieure qu'on liera dans le sillon rétro-auriculaire et le pédicule masséterin qu'il nous faudra lier au cours de l'extirpation du muscle masséter et qui se confond avec le pédicule extra-condylien de Faure.

Tous ces vaisseaux seront découverts et liés :

1° Au début de l'intervention :

Carotide externe par une incision de découverte.

Jugulaire externe entre 2 pinces.

2° Dans le premier temps de l'intervention (Incision de la peau).

Temporale superficielle.

Transversale de la face.

3° Dans le deuxième temps (Résection du masséter. Dépériostation du bord postérieur du maxillaire).

Pédicule masséterin.

Pédicule sous-condylien à son origine.

4° Au cours de l'extirpation de la glande.

Pédicule stylo-mastoïdien.

La difficulté de leur découverte et de leur ligature est sur le vivant en rapport avec le volume de la tumeur et l'état des parties voisines; sur le cadavre, en opérant méthodiquement l'extirpation de la parotide, nous avons pu lier sans grande difficulté tous les pédicules au fur et à mesure de la découverte que facilite la large brèche pratiquée.

III. Considérations sur les rapports de la carotide externe et du nerf facial avec la glande

1° *Carotide externe et glande.* On a discuté longuement pour savoir si l'artère passait plus fréquemment à la surface qu'à l'intérieur de la glande et inversement. En réalité ce point nous intéresse médiocrement. Il nous suffit de savoir que dans tous les cas l'artère est unie au tissu glandulaire par du tissu fibreux résistant et que des tractions exercées sur l'artère s'exercent en même temps sur la glande ; de sorte que dans l'extirpation de cette dernière, nous avons en la carotide externe un moyen de traction précieux au moment du décollement de la partie profonde de la glande.

2° Il en est de même du *nerf facial*, qui nous sert de moyen

de traction, car les cas où l'on a pu enlever toute la parotide en respectant le nerf facial (Triquet) nous paraissent devoir être accueillis avec la plus grande réserve.

IV. Les lymphatiques de la parotide

Dans la thèse de concours de Bérard, déjà cité, nous trouvons la phrase suivante à propos des tumeurs de la parotide :

« La maladie présente rarement la complication locale de l'engorgement des ganglions lymphatiques du cou. Dans tous les faits que nous avons relatés, aucun chirurgien ne mentionne cette complication ».

Nous pensons néammoins que l'extirpation des ganglions en rapport avec le système lymphatique de la parotide constitue un temps utile de l'opération. Si on ne peut les enlever tous, du moins peut-on enlever ceux qui ont avec le système parotidien les rapports les plus voisins et c'est l'objet de cette courte étude que de montrer les groupes ganglionnaires qui peuvent, à bon droit, paraître suspects.

A. *Vaisseaux lymphatiques propres de la glande.* — Ils sont à peu près inconnus. Les anatomistes pensent qu'ils existent sous forme de fentes lymphatiques creusées entre les acini glandulaires.

B. *Groupes ganglionnaires parotidiens.* — Ces ganglions au nombre de 12 à 16 peuvent se subdiviser en :

1° Ganglions extra-parotidiens.

α. *Superficiels et sous-cutanés.* — Inconstants, au nombre de deux à trois, placés entre l'aponévrose qui recouvre la face externe de la loge et la peau, au long des veines sous-

cutanées qui vont à la jugulaire externe ; niés par Sappey, Tillaux, Testut, ils ont été rencontrés par Mœrkel (*Anat. top.* t. I, p. 454), par Richet (*Annales méd. chir.*, 4e édit. p. 193), Poirier (*Traité d'anat.*, article Parotide), Cunéo (*Traité d'anat.* de Poirier, articles Lymphatiques). Leur existence n'est donc pas niable. Leur rapport avec les ganglions parotidiens proprement dits s'explique par leur contiguité. On sait avec quelle facilité les lymphatiques traversent une aponévrose.

β. *Profonds ou latéraux pharyngiens.* — Un ou deux ganglions, faisant partie du groupe décrit par Gillette. Ils sont appliqués au niveau du prolongement parotidien de chaque côté du pharynx, se mettent en rapport avec les groupes ganglionnaires qui accompagnent la carotide interne et les ganglions propres de la glande.

2° Ganglions parotidiens propres.

Se disposent sur deux plans.

A. *Ganglions sus-parotidiens.* — Au nombre de 6 à 7 ; admis par tous les auteurs, ils s'étagent entre la face externe de la parotide et l'aponévrose, selon 3 groupes.

a) *Groupe supérieur.* — 2 à 3 ganglions dont un important et constant, situé en avant du tragus, c'est le ganglion préauriculaire.

Ils reçoivent : lymphatiques provenant de la peau du front, de la partie externe des paupières, de la région malaire et de la conque.

b) *Groupe moyen.* — 3 à 4 ganglions disposés au niveau de la région moyenne de la glande au long de petites branches veineuses. Ils reçoivent des lymphatiques de la région malaire, de la région pariétale antérieure, de la région masséterine supérieure.

c) *Groupe inférieur.* — 1 ou 2 ganglions situés au-dessus de la bandelette sterno-cleïdo-maxillaire qui leur forme comme un lit.

Tous ces ganglions émettent des lymphatiques qui vont à divers groupes ganglionnaires

a) Sous sterno-mastoïdiens.

b) Sous maxillaires.

c) Carotidiens.

Ajoutons que Michaux a décrit comme point de réunion des lymphatiques émanant des ganglions les plus bas (groupe inférieur) un petit ganglion situé au niveau de l'insertion supérieure des faisceaux postérieurs du sterno-cleïdo-mastoïdien au sommet du creux sus-claviculaire.

B. *Ganglions intra parotidiens.* — 4 à 5 gros ganglions disposés dans la glande de préférence le long de la carotide et de la jugulaire externes. Ils reçoivent des lymphatiques :

a) Des régions profondes de la face.

b) Du pharynx.

c) Les efférents des ganglions pharyngiens ; ils émettent des lymphatiques qui vont aux groupes ganglionnaires échelonnés le long du paquet vasculo-nerveux du cou.

Que ressort-il de cette étude ? Que les groupes ganglionnaires en rapport avec le système lymphatique de la parotide sont constitués par :

1° le groupe mastoïdien ;

2° le groupe sous-maxillaire ;

3° le groupe des ganglions carotidiens ; et que ces rapports de communication justifient leur ablation dans une extirpation totale de la parotide.

CHAPITRE III

I. Conditions d'opérabilité.
II. Des techniques opératoires :
    1° Technique de Faure :
    2° Technique de Bérard et Leriche ;
    3° Technique de Forgue ;
    4° Technique de Delanglade.
III. Observations d'extirpation pratiquées sur le cadavre selon les divers procédés.

Nous connaissons l'anatomie de la région, les dangers à éviter ; il nous reste à parler des diverses techniques en honneur chez les chirurgiens pour l'extirpation des tumeurs parotidiennes. Avant de les exposer, nous allons dire quelles sont les indications et les contre-indications de l'opération.

I. Conditions d'opérabilité

« Pendant une bonne partie de son évolution, le cancer de la parotide est purement local » (Morestin, p. 417, t. VI, *Traité de Chirurgie*, Dentu-Delbet). C'est pendant cette première partie qu'il convient d'opérer. Ablation précoce toutes les fois que l'on peut dépasser complètement la limite des lésions épithéliales, en se rappelant qu'elles s'étendent surtout en surface et peu en profondeur.

L'impossibilité d'enlever complètement une parotide ne peut plus être admise comme une contre-indication.

A l'heure actuelle, les dangers provenant des hémorragies opératoires, les récidives même, ne sauraient contre-indiquer une intervention.

Billroth parle d'un malade qu'il opéra neuf fois et qui survécut 25 ans ; Tillaux d'un malade qu'il délivra de sa tumeur récidivée deux ans après une opération pratiquée par des chirurgiens anglais.

En définitive, il n'y a qu'une contre-indication formelle, c'est l'adhérence pathologique de la glande aux plans profonds ou supérieur de la loge parotidienne, c'est-à-dire la preuve de l'impossibilité absolue de l'extirper complètement ou de la détacher des vaisseaux. (Remarquons cependant que ceux-ci ne sont pas en contact immédiat avec le tissu glandulaire. Au-dessous de l'aponévrose parotidienne, il existe entre eux et la glande un fort feuillet fibreux tendu de l'apophyse styloïde au pharynx, c'est l'aileron stylo-pharyngien, et l'on pourrait se demander si, même avec la preuve clinique de l'extension de la tumeur maligne au prolongement pharyngien, il n'y aurait pas lieu d'intervenir).

Cette adhérence est cliniquement reconnaissable :

1° Par l'inspection de la région tousillaire qui est repoussée en dedans ;

2° Par le toucher pharyngien ou « palper bi-manuel qui consiste à saisir la glande entre les doigts d'une main appliqués sur la région parotidienne tandis que l'index de l'autre soutient la paroi latérale du pharynx. Encore est-il que l'interposition de l'amygdale entre le doigt explorateur et la glande rend les sensations obscures. On peut toutefois, par ce procédé, acquérir des notions utiles sur la consistance et le volume de la tumeur » (*Manuel diag. chir.*, Duplay, Rochard, Demoulin. *Loc. cit.*, p. 274).

3° Par les symptômes subjectifs : dysphagie ; œdème de la face (par compression de la jugulaire interne) ; troubles de l'audition. Les adhérences au fond et au sommet de l'excavation constituent des contre-indications formelles.

II. Des techniques opératoires

1° Technique de Faure

A. *Incision de la peau* en T composée de deux branches : la première, verticale, de 12 centimètres, commence au niveau et près du tragus et descend jusqu'au bord antérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien à 4 centimètres au-dessous de l'angle de la mâchoire. La deuxième, horizontale, à un travers de doigt au-dessous de l'arcade zygomatique.

B. *Dissection de la peau.* — On dissèque aisément les lambeaux supérieur et inférieur en passant entre l'aponévrose parotidienne et la peau. Une pince aura facilement raison de l'hémorragie qui peut se produire à ce niveau. La parotide est accessible sur toute sa surface.

C. *Dissection de la partie antéro-inférieure.* — On sectionne entre deux pinces le pédicule antérieur, canal de Sténon, artère et veines transversales de la face. Isolement du prolongement antérieur de la parotide en se rapprochant du bord postérieur du maxillaire où la sonde cannelée suffit à détacher la zone rétro-maxillaire essentiellement décollable. On libère alors l'extrémité inférieure, facilement décollable au doigt et à la sonde ; on sectionne entre deux pinces la jugulaire externe. Au niveau du bord antérieur du sterno-

cleido-mastoïdien, on enlève en même temps que la glande la partie antérieure de l'aponévrose du muscle. On ira de bas en haut, en s'arrêtant à la pointe de la mastoïde.

D. *Décollement de la face profonde et section du pédicule carotidien.*

E. *Dissection de la région supérieure.* — Le décollement n'est plus possible, la glande solidement fixée par d'importants pédicules ne saurait être mobilisée que grâce à la section de ces derniers. On saisit entre deux pinces et on sectionne le pédicule extra-condylien. Cela fait, en renversant la glande on aperçoit dans la profondeur le pédicule sous-condylien qu'il est préférable de lier après la dissection de la face supérieure. Dans ce but, on détache à la sonde la zone articulaire et on sectionne le pédicule temporal. On renverse en arrière la glande et le pédicule sous-condylien apparaît ; mais il est difficile à lier et il y a lieu de se donner du jour.

A cet effet, on procède à la résection du bord postérieur du maxillaire.

F. *Résection du bord postérieur du maxillaire.* — On désinsère à la rugine le masséter et le ptérygoïdien jusqu'à un centimètre en avant du bord postérieur. On attaque celui-ci à la pince courbe à mors latéraux.

G. *Dissection de la région profonde.* — On sectionne le pédicule sous-condylien entre deux ligatures et on décolle au doigt le prolongement pharyngien.

H. *Dissection du bord postérieur.* — On décolle à la sonde la zone auditive, on lie l'artère auriculaire postérieure et on pince le pédicule stylo-mastoïdien en rabattant la glande en bas et en avant : on le sectionne et on lie l'artère.

2° Technique de Bérard et Leriche

A. *Incision.* — En T à 2 branches : la première, verticale, commence à trois centimètres environ au-dessus de l'arcade zygomatique et finit un peu au-dessous de l'os hyoïde en passant au devant du tragus.

La deuxième, horizontale, passe à un centimètre au-dessous de l'angle de la mâchoire et s'arrête au niveau de la saillie de la glande sous-maxillaire.

B. *Ligature de la carotide externe. Dissection de la chaîne ganglionnaire.* — Ligature de la carotide externe au niveau de l'angle inférieur ; on dissèque les ganglions en allant vers le haut ; on vide la loge sous-maxillaire en rabattant le tout en arrière.

C. *Libération de la parotide d'arrière en avant.* — On libère la partie postérieure de la glande vers la mastoïde, sous le conduit auditif, sur le sterno-cleïdo-mastoïdien. Dans la profondeur, sur le milieu du conduit auditif, on sectionne le pédicule stylo-mastoïdien et le nerf facial.

On récline la glande en avant en la faisant basculer autour du bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur.

D. *Section condylo-marginale.* — On rugine le bord postérieur et la partie postérieure de la face externe de la branche montante ; en arrière, d'un coup de bistouri, on détache le ptérygoïdien externe.

Avec une scie à chaîne passée dans l'échancrure, on détache la marge postérieure de la branche montante. On sectionne

au ciseau la masse glandulaire et on libère le prolongement profond de la glande.

On sectionne, en renversant le fragment osseux, la capsule articulaire et, après avoir coupé les dernières insertions musculaires, on l'extirpe.

On revient à la tumeur réclinée en avant sur le masséter ; on la clive. On continue la dissection le long du prolongement antérieur et du canal de Sténon jusqu'au buccinateur. On sectionne et on libère la tumeur.

3° Technique de Forgue

Elle diffère des deux premiers procédés par :

1° L'incision qui est verticale et passe en arrière de l'oreille pour finir au niveau du cou partie moyenne ;

2° Parce qu'il considère comme inutile la résection de la partie postérieure de la branche montante ;

3° Parce qu'il enlève la partie supérieure du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien.

Quant au reste, il dissèque au plus près la glande de la loge.

4° Technique de Delanglade.

A. *Découverte du paquet vasculo-nerveux.* — Dissection de la chaîne ganglionnaire. Ligature de la carotide externe au-dessus du stylo-hyoïdien.

Le malade est couché sur le dos ; à la partie supérieure du dos un drap roulé permet de renverser fortement la tête en arrière en la tournant du côté sain.

On incise prudemment sur le bord antérieur du sterno-

cleïdo-mastoïdien suivant une ligne qui commence au niveau de l'angle de la mâchoire et finit au niveau du bord inférieur du cartilage thyroïde. Vers le milieu de l'incision, on jette deux pinces sur la jugulaire externe et on la sectionne.

On incise le peaucier, l'aponévrose superficielle qui forme la gaîne du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien ; on récline ses fibres en arrière; on incise le feuillet profond de la gaîne largement du haut en bas. Au doigt enfoncé dans la plaie on repère le bord postérieur du cartilage thyroïde et la grande corne de l'os hyoïde.

Immédiatement en arrière, le doit sent le paquet vasculo-nerveux enveloppé de lames celluleuses qui le masquent. A ce moment commence la recherche des ganglions qu'il faut se préoccuper, dans la mesure du possible, de laisser adhérents par le tissu cellulaire et leurs vaisseaux afférents à la masse morbide, comme on fait pour le sein. Pour cela il faut user plus du bistouri que de l'instrument mousse. On dilacère peu à peu la gaîne des vaisseaux qui apparaissent. En bas, la carotide primitive flanquée sur son côté postéro-externe de la jugulaire interne ; à la région moyenne le tronc veineux thyro-linguo-facial qui croise le tronc commun des carotides. Un peu au-dessus, les trois vaisseaux qui sont, en allant d'avant en arrière : *carotide externe*, *jugulaire interne* qui recouvre presque complètement la carotide interne. Plus haut, dans l'angle supérieur de la plaie, un trousseau musculaire horizontal croisant les vaisseaux qui filent au-dessous, c'est le digastrique. A quelques millimètres de la face inférieure du muscle, un nerf, le grand hypoglosse, qui doit autant que possible être ménagé pour conserver à la langue sa motilité et éviter dans les jours qui suivent l'opération la pneumonie de déglutition. Les mêmes scrupules ne sont pas de mise pour le tronc veineux thyro-linguo-facial qui peut être lié et supprimé pour peu qu'il gêne.

L'indicateur de la main droite remonte vers l'angle supérieur de la plaie, repère la grande corne de l'os hyoïde et un peu au-dessus, à 1 centimètre environ, recourbant en crochet sa première phalange, il accroche une corde résistante qui se dirige en haut vers la mastoïde, c'est le stylo-hyoïdien, et au-dessous le ventre postérieur du digastrique. On isole à la sonde ces deux muscles et on les place sous un écarteur qui les tire vers l'angle inférieur de la plaie.

On dilacère avec prudence le tissu fibreux qui se montre et immédiatement on aperçoit un vaisseau vertical large de 3 à 4 millimètres duquel se détachent, sur son bord antérieur, une branche inférieure horizontale et une branche oblique en avant et en haut ; c'est la carotide externe flanquée de la thyroïdienne supérieure et de la faciale.

On dénude et on passe l'aiguille de dehors en dedans, obliquement, en haut, pour passer au-dessus de la collatérale visible la plus haute. Ligature par deux fils. Section. On place une pince à forcipressure sur le bout supérieur.

B. 2e temps. *Incision de la peau.* — Elle commence en bas sur l'incision verticale, au niveau de la grande corne de l'os hyoïde, remonte vers le bord inférieur du maxillaire, immédiatement en arrière de la gouttière de la faciale ; remonte en haut vers la ligne d'union de l'arcade zygomatique avec l'os malaire, en décrivant une courbe à concavité postérieure dont la partie la plus avancée est éloignée de 4 centimètres environ du bord postérieur du maxillaire. Au niveau de la portion moyenne de la région masséterine, aller prudemment pour découvrir le canal de Stenon et la transversale de la face qu'on pince et qu'on lie.

Sur l'arcade zygomatique, l'incision redevient horizontale, se dirigeant en arrière vers l'insertion du tragus; puis elle descend en suivant l'insertion du lobule qu'elle contourne

en bas, remonte en arrière à quelques millimètres de l'insertion de la conque. Au niveau de la base de la mastoïde, elle devient horizontale, atteint le bord postérieur de la mastoïde et de là descend obliquement en avant et en bas vers le commencement de l'incision antérieure. En haut, au niveau du tragus, on incise profondément et on découvre la temporale superficielle sur laquelle on place une ligature en haut et une pince en bas.

En dehors des régions où sont les vaisseaux, partie moyenne et supérieure de l'incision antérieure, il faut pousser le bistouri à fond pour sectionner en un temps la peau, l'aponévrose, les fibres musculaires superficielles et le périoste au niveau des os.

C. 3e temps. *Rugination de l'arcade zygomatique. Désinsertion des 3/4 postérieurs du masséter* (le quart antérieur étant respecté, car son ablation n'est pas nécessaire, puisque la glande ne s'y appuie pas et que son extirpation compromettrait la muqueuse buccale). *Résection de la partie postérieure de l'articulation temporo maxillaire.* — On complète au bistouri la section des fibres musculaires du masséter en tranchant à fond jusqu'à l'os du bord inférieur du maxillaire à l'arcade zygomatique ; à la rugine, on désinsère soigneusement les faisceaux supérieurs d'insertion du masséter sur l'arcade ; on cherche la masséterine qu'on lie, puis on racle soigneusement toute la face externe de la branche montante en rabattant peu à peu le lambeau en arrière et en bas. Au niveau de l'articulation temporo-maxillaire un coup de rugine détache la partie postérieure de la capsule de l'articulation qu'on laisse adhérente au lambeau ; on continue en raclant de haut en bas le bord postérieur de la branche montante. Au niveau de l'angle inférieur un coup de rugine détache la bandelette sterno-maxillaire et du même coup on entre dans

la loge sous-maxillaire qu'on inspecte soigneusement et d'où on extirpe les ganglions si on en aperçoit.

A ce moment, l'aide, plaçant un écarteur sur la portion moyenne du bord postérieur de la branche montante, luxe le condyle en avant en tirant fortement et l'index droit du chirurgien va reconnaître, à la partie moyenne de la gouttière ainsi formée, le paquet vasculaire formé par la maxillaire interne et ses veines. On isole et on lie. Le maxillaire toujours maintenu, on décolle au doigt la face antérieure de la glande du bord postérieur du ptérygoïdien interne qui constitue tout ce qui reste de la paroi antérieure de la loge.

4e temps. *Rugination de la mastoïde. Désinsertion du faisceau mastoïdien du sterno-cleïdo-mastoïdien. Section du facial. Ligature de la stylo-mastoïdienne et de l'auriculaire postérieure.* — On glisse la sonde cannelée dans l'angle inférieur de la plaie opératoire, sous les faisceaux du sterno-cleïdo-mastoïdien et on la fait ressortir, en passant dans la masse musculaire, dans l'incision du niveau du bord postérieur de la mastoïde ; on incise sur la sonde les faisceaux musculaires.

On met une pince sur la lèvre inférieure de l'incision mastoïdienne et en tirant le lambeau en bas et en avant on racle soigneusement le bord antérieur, la face externe, le bord postérieur et le sommet de la mastoïde. Une fois détaché complètement le faisceau musculaire, on fait récliner fortement en avant et en bas le lambeau postérieur. La loge parotidienne est ouverte à sa partie postérieure ; on repère la base de l'apophyse styloïde et à la sonde on dissèque le nerf facial et l'artère stylo-mastoïdienne ; on glisse deux pinces et on coupe entre les deux.

En se servant de la pince placée sur le bout périphérique du nerf facial comme tracteur, on rabat en avant le lambeau

postérieur et on écarte de la paroi la face postérieure de la glande. On confie la masse à l'aide et, au doigt, en allant de bas en haut, on décolle la glande du digastrique, des muscles styliens, de la styloïde.

Le lambeau postérieur est achevé, la glande ne tient plus que par son prolongement interne et son pôle supérieur.

5me temps : *Dissection du pôle supérieur.* — Un aide pince le lobule de l'oreille et le rabat fortement en haut ; au bistouri, on incise à fond le long de l'incision cutanée du bord antérieur de la mastoïde à l'articulation temporo-maxillaire. Au niveau de la portion antérieure, portion non articulaire de la cavité glénoïde, on détache la glande à la rugine. En arrière, il faut aller plus prudemment et se servir de la spatule mousse pour la décoller du conduit auditif cartilagineux. On décolle jusqu'à un centimètre environ de profondeur, jusqu'à ce que la traction en bas de la masse fasse largement bailler l'incision.

6me temps : *Décollement de la région profonde.* — A ce moment, le chirurgien prend dans sa main gauche la pince qui tient le bout supérieur de la carotide externe et rabat en tirant en haut la masse sur l'oreille du malade. Faisant éponger très soigneusement le champ opératoire pour bien reconnaître les divers organes, il décolle avec le doigt les faibles adhérences qui unissent encore la partie profonde des faces antérieures et postérieures aux parois de la loge, et en soulevant toujours la masse progressivement, son doigt arrive sur un creux dépressible entre deux colonnes osseuses, en avant l'apophyse ptérygoïde, en arrière l'apophyse styloïde et les vaisseaux que l'on sent battre sous la pulpe du doigt, c'est la paroi pharyngienne où le décollement s'opère sans difficulté ; l'extirpation est terminée.

7me temps : *Hémostase. Suture de la peau.* — On éponge, on place quelques pinces hémostasiques, on lie quelques vaisseaux. La suture, difficile sur le cadavre, est plus aisée sur le vivant, dont la peau très mobile se prête à la réunion. Elle s'opère en faisant une sorte d'Y à queue inférieure. On place deux drains à la partie inférieure et on fait le pansement.

III. Relations d'extirpation pratiquées sur le cadavre selon les divers procédés

Nous en avons fait une vingtaine ; sur ces 20, 5 ont été pratiquées avec injection préalable de la glande au mercure ; nous ne citerons que ces dernières.

I. Extirpation suivant la technique de Faure

Observation n° 1

Du côté droit : glande grosse, le prolongement antérieur arrive presque jusqu'au bord antérieur du masséter.

Distance de la pointe du prolongement antérieur au bord postérieur de la branche montante : 4 centimètres 8.

a) Incision en T. Dissection de la peau facile, sans dommage pour la glande que protège l'aponévrose parotidienne.

b) Dissection de la partie antérieure. Facile, mais on ouvre très facilement la glande.

c) Décollement de la partie inférieure. S'opère sans difficulté en avant, plus difficilement en arrière, mais le mercure ruisselle en abondance.

d) Le décollement de la face profonde et tous les temps qui suivent s'accompagnent d'une issue abondante de mercure. La glande enlevée, la région parotidienne est constellée de gouttelettes métalliques.

La ligature des artères est malaisée : il faut dilacérer du tissu fibreux en abondance et les lambeaux cutanés gênent la recherche. Durée totale : 55 minutes.

Observation n° 2

Même sujet. Extirpation du côté gauche. La pointe du prolongement antérieur est à 4 centimètres 5 du bord postérieur de la branche montante

La dissection mieux faite donne les mêmes résultats, sauf au niveau du prolongement antérieur que nous réussissons à enlever presque sans effraction mais non sans endommager le masséter. Durée : 1 heure.

II. Extirpation suivant le procédé de Bérard et Leriche

Observation n° 1

Extirpation à droite. — Le prolongement antérieur s'étend à 3 cent. 5 du bord postérieur du maxillaire.

a) Incision de la peau.

b) Ligature de la carotide externe rendue difficile par la brièveté de l'incision verticale.

c) *Section condylo-marginale.*— Elle comporte la section de la masse glandulaire, libérant ainsi en deux parties la totalité de la glande. Cette manœuvre vide complètement la glande

du mercure qu'elle contient. Ajoutons que le décollement de la partie profonde est beaucoup moins facile qu'en tirant franchement tout le paquet en dehors. Durée 1 h. 5.

Observation n° 2

Extirpation à gauche. Le prolongement antérieur s'étend à 3 cent. 4. Mêmes observations. La ligature est aussi malaisée que dans le procédé de Faure.

III. Extirpation suivant la technique de Delanglade

Observation n° 1

Du côté droit. Le prolongement antérieur s'étend à 4 centimètres en avant.

a) *Dissection de la chaine ganglionnaire.* — Ligature de la carotide externe. Temps facilité par la longueur de l'incision cutanée.

b) *Incision de la peau.* — Doit être faite avec précaution. Sur ce sujet, par suite d'une incision trop rapprochée du tragus, notre scalpel pénètre en plein dans le prolongement antérieur.

c) *Dissection du lambeau antérieur.* — Facile, le prolongement antérieur est inclus entre le muscle et la peau et reste intact, n'était la petite incision pratiquée par inadvertance au moment de l'incision cutanée. Au niveau du bord postérieur de la branche montante le périoste enlevé protège la glande, ainsi que la partie postérieure de l'articulation temporale. Au moment du décollement de la face antérieure, un

peu de mercure s'écoule par le prolongement ptérygoïdien. Une fois la capsule déchirée, le maxillaire se laisse très facilement luxer en avant et l'espace creusé entre la glande et le maxillaire mesure bien 1 centimètre. On voit le maxillaire interne traverser cet espace comme un pont et sa ligature est aussi simple que possible.

d) *Dissection du lambeau postérieur.* — Après désinsertion et section de la partie supérieure du sterno-cleïdo-mastoïdien, on attaque la partie postérieure. La glande se laisse détacher sans dommage du digastrique. Au niveau du facial la dissection du nerf s'accompagne d'une petite effraction glandulaire. Au niveau de la styloïde et des muscles styliens la dissection, s'aidant du pédicule facial comme tracteur, s'opère facilement, mais un peu de mercure s'écoule.

e) *Dissection de la partie supérieure.* — La dissection laborieuse s'accompagne d'une pluie de mercure, plus abondante cependant au niveau du conduit auditif.

f) *Dissection des parties profondes.* — S'opère simplement en tirant la masse en haut au moyen du pédicule carotidien ; quelques gouttelettes de mercure s'échappent seulement du bout extrême de la glande : Durée 55 minutes.

Observation n° 2

Côté gauche. Même sujet. Le prolongement antérieur est à 4 centimètres du bord postérieur du maxillaire. Rien de particulier, sinon qu'au niveau du pôle supérieur nous avons réussi à disséquer la glande à la partie antérieure sans la léser (région non articulaire de la cavité glénoïde). Au niveau du conduit auditif il nous a été impossible de la séparer sans dommage. Durée ; 1 heure environ.

Quels enseignements pouvons-nous tirer de ces extirpations sur le cadavre ?

1° Que la dissection proprement dite de la glande est impossible sans en laisser quelque peu aux parois de la loge ;

2° Que dans notre procédé, qui laisse adhérer à la glande au moins une partie des tissus sur lesquels elle repose, les chances d'en laisser sont réduites au minimum ;

3° Que la résection de la branche montante du maxillaire inférieur n'est nullement nécessaire étant donné que nous enlevons le périoste et que sa projection en avant donne largement le jour nécessaire pour la ligature de la maxillaire interne et le décollement de la face antérieure de la glande ;

4° Que l'incision de la peau doit passer à 4 centimètres au moins du bord postérieur du maxillaire, pour être certain de ne pas intéresser le prolongement antérieur de la parotide.

CHAPITRE IV

I. Etude comparative des procédés.
II. Observations d'extirpations sur le vivant (N^os 1 et 2).
III. Conclusions.

I. Etude comparative des procédés

Le procédé de Faure présente de graves inconvénients; non seulement il laisse la peau qui doit être enlevée, mais encore tous les tissus environnants, sauf le bord postérieur de la branche montante. Et pourquoi l'enlève-t-on? Est-ce pour éviter des récidives? ce n'est généralement pas au niveau de l'os qu'elles se produisent. Bérard est plus logique en enlevant en même temps le ptérygoïdien interne et une partie du ptérygoïdien externe. Est-ce pour se donner du jour, comme le disent Poirier et Faure? Sur le cadavre comme sur le vivant la luxation en avant du maxillaire inférieur donne un jour plus que suffisant. La dissection selon ce procédé est difficile, on n'a pas de points d'appui, il faut tirer à même le tissu glandulaire que la pince écrase et déchire. La ligature de la carotide externe qui est nécessaire est réservée à la fin de l'opération, au moment où la

région opératoire est pleine de sang, où les rapports sont déjà anormaux, par suite des délabrements opératoires.

Le procédé de Bérard et Leriche comporte la ligature préalable de la carotide externe, opération excellente qu'ils n'utilisent malheureusement pas dans la suite, et la dissection de la chaîne ganglionnaire dont ils ont le mérite d'avoir démontré l'utilité. Mais leur incision n'est pas suffisamment large, l'on voit mal ce que l'on fait et la dissection de la chaîne ganglionnaire porte sur une trop faible étendue. Ils laissent la peau qui est souvent atteinte, ce qui se traduit par un véritable capitonnage. Enfin, ils se bornent en arrière à disséquer la glande du bord antérieur du sterno où elle est essentiellement adhérente, dissection difficile où l'on laisse fatalement quelques débris glandulaires. De même ils dissèquent en avant le prolongement antérieur de la glande et abandonnent le masséter dans la plaie.

L'exérèse ne saurait être trop large, et lorsqu'on peut la pratiquer sans danger elle est une garantie de plus et une consolation si une récidive apparaissait.

Nous enlevons la peau en même temps que la tumeur, parce que : on peut ainsi prévenir des récidives ; on se donne de l'aisance et du jour ; on remédie à la paralysie faciale.

Le pédicule carotidien lié nous sert de tracteur pour sortir la glande de son lit ; ni la sonde ni le doigt ne sont nécessaires, il suffit de tirer et tout vient.

Il en est de même du pédicule du facial qui permet de tirer sur la plaie postérieure.

Nous enlevons deux muscles : partie postérieure du masséter et supérieur du sterno-cleido-mastoïdien. La fonction n'en est pas troublée (voir les observations) et les chances de récidive sont réduites au minimum, parce qu'on enlève en même temps des ganglions lymphatiques qu'il serait impos-

sible d'enlever par dissection. En opérant ainsi, nous découvrons le moins possible la glande.

La dissection laisse toujours dans la peau un peu de substance glandulaire, elle est un pis-aller auquel il ne faut recourir qu'à la dernière extrémité.

Enfin la ligature méthodique des vaisseaux est d'une simplicité extrême ; chaque temps comporte ses ligatures et lorsque l'extirpation est terminée, rien dans la plaie ne saigne que quelques artérioles minuscules, ou les plexus veineux ptérygoïdiens dont l'hémostase, si elle ne peut être faite par ligature en cas de trop grand enchevêtrement de vaisseaux, est facilement assurée par une compression méthodique de quelques minutes.

Nous mettons à la suite de cet essai de comparaison deux observations ; comme nous l'avons dit au début de notre travail, elles relatent malheureusement deux récidives. Sont-elles dues à une malignité plus grande de la tumeur ou à ce que l'intervention a été pratiquée trop tard ; nous inclinerions vers la seconde hypothèse, et en tous les cas l'on ne pourra pas nous reprocher d'avoir été trop économe. Une fois de plus et pour conclure, ces faits viennent à l'appui de ce que disait Faure en 1895 :

« Il faut opérer tout à fait au début et d'autant plus hardiment (et nous ajouterons : « plus largement ») que la tumeur sera plus petite et mieux limitée. »

OBSERVATIONS

Observation Première

(Recueillie par M. le professeur Delanglade. Extrait du *Marseille Médical*, n° 23, 1906.)

Epithélioma de la Parotide. Extirpation. Guérison.

Femme, 65 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 30 ans d'une affection pulmonaire qui a duré 3 ans.

Mère, dont la santé est bonne, succombe à 70 ans, à la suite d'un abcès du thorax.

Sœur morte à 32 ans de rhumatisme articulaire aigu.

Frère à 45 ans d'une affection inconnue.

Son mari meurt à 40 ans en deux mois ; elle a perdu trois enfants, deux en bas-âge, un à 13 ans à la suite d'un transport au cerveau.

Antécédents personnels. — A eu, il y a 30 ans, la variole ; il y a 6 ans, la grippe.

Histoire de la maladie. — Maux de dents avec fluxion du côté gauche en novembre 1905, qui dure huit à dix jours, disparaît, puis revient. A cette occasion, elle remarque une glande au-devant et au-dessous de l'oreille qui aurait continuellement et progressivement augmenté de volume.

Etat à l'entrée. — Tumeur, du volume d'une demi-noix, occupant la partie inférieure de la loge parotidienne ; à ce

niveau la peau est rosée et adhérente. La tumeur, dure, mal limitée, adhère profondément au masséter, se fixant par la contraction du muscle et se mobilisant pendant son relâchement. Un peu de paralysie faciale, visible seulement en faisant exécuter à la malade l'acte de siffler, souffler, dépendant du facial inférieur. Rien d'anormal dans les mouvements des paupières.

Deux ou trois petits ganglions dans la partie postérieure de la région sus-hyoïdienne droite. L'examen bimanuel ne révèle rien d'anormal dans le pharynx. Pas de saillie, liberté complète de la muqueuse.

Diagnostic. — Tumeur maligne de la parotide avec adhérences cutanées et masséterine.

Intervention le 15 février selon la technique ci-dessus décrite.

Les suites furent simples. La paralysie faciale ne fut pas immédiate : pendant trois jours la malade put ouvrir et baisser volontairement les deux yeux, mais, bien entendu, la paralysie ne tarda pas à se compléter.

A partir de l'opération il s'est produit aussi quelques troubles de l'ouïe. La malade a l'oreille dure à un degré variable, suivant les jours. L'examen de l'oreille fait par M. le docteur Molinié lui a révélé un catarrhe tubo-tympanique sans lésion du nerf auditif. La malade sort de l'hôpital le 20 mars.

En septembre la malade rentre de nouveau à l'hôpital portant un noyau très petit et superficiel dans la cicatrice. A noter que la paralysie faciale à ce moment n'est reconnaissable que dans les mouvements ; à l'état de repos le masque conserve sa symétrie.

Opération le 12 septembre par M. le docteur Poncel, chef de clinique. Réunion immédiate. Depuis la malade est soumise préventivement à la radiographie par M. le docteur Dupeyrac.

Actuellement (présentation de la malade, le 1er décembre 1906, devant le Comité médical des Bouches-du-Rhône) : on ne constate pas de récidive et la cicatrice est mobile, sauf sur un point de la branche montante. L'ablation totale du masséter n'a été suivie d'aucun trouble de la mastication.

L'examen de la pièce fait dans le laboratoire de M. le professeur Alezais par M. Peyron permet de conclure à une tumeur maligne d'origine épithéliale. Il signale, en outre, la présence inattendue dans les ganglions enlevés de lésions tuberculeuses typiques (nodules de caséification, cellules géantes).

Observation II

(Inédite)

Prise par M. le docteur Fiolle, professeur adjoint à l'école de Médecine, alors interne du service.

D... Charles, 72 ans, coiffeur, salle Moulaud II.

Aucun antécédent héréditaire.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 16 ans ; à 20 ans maladie aiguë du poumon.

Histoire de la maladie. — Début, il y a un mois, par tuméfaction de la région parotidienne droite ; à ce moment pas de douleur. Une semaine après la tumeur présente les allures d'un abcès de la région : douleur, chaleur, tuméfaction, et un médecin de la ville l'ouvre d'un coup de bistouri ; il ne sort que de la sérosité et du sang ; depuis la plaie ne s'est pas refermée, le malade souffre et maigrit beaucoup.

Etat actuel. — On constate la présence d'une tumeur du volume d'une petite mandarine dont le centre est un peu au-dessus de l'angle du maxillaire inférieur droit. Elle descend

surtout vers le cou, son sommet est rouge, fluctuant avec l'ulcération produite par le coup de bistouri.

Ulcération tomenteuse bourgeonnante laissant couler un liquide séreux mêlé de débris néoplasiques. La base est dure et adhère un peu aux plans profonds. Quelques gros ganglions dans la chaîne carotidienne. La peau est envahie par la tumeur et non simplement ulcérée par son action mécanique. Parésie très légère du facial du même côté provoquée par l'examen, invisible sans cela. Rien dans la bouche ni dans le pharynx.

Opération le 28 juillet 1908 suivant la technique décrite. La tumeur était adhérente aux vaisseaux, surtout en haut et en avant ; cependant la dissection peut être terminée.

Suites opératoires très simples ; le malade sort guéri un mois après.

Le malade a été revu à la Noël ; la guérison s'était maintenue. La paralysie faciale n'est visible qu'au niveau de l'orbiculaire des paupières.

Le malade meurt le 28 mai 1909, à Marseille, hospice Saint-Jean-de-Dieu. Le bulletin de décès mentionne : Epithélioma de la région cervicale.

CONCLUSIONS

1° L'extirpation doit être pratiquée dès que la présence d'une tumeur occupant la loge parotidienne est reconnue, sans attendre l'existence de symptômes d'adhérence ou de compression.

2° Il n'y a qu'une contre-indication formelle à l'extirpation : l'adhérence cliniquement constatée de la tumeur au pharynx, aux vaisseaux ou au crâne, ainsi, bien entendu, que toute métastase.

3° Dans l'extirpation totale d'une tumeur parotidienne il est impossible d'enlever la glande par dissection sans la léser.

4° Au niveau des points où la glande est normalement adhérente, et partout où on peut le faire sans danger, l'ablation des tissus voisins doit être érigée en méthode.

5° La ligature de la carotide externe doit se faire au début de l'intervention, en même temps que la dissection de la chaîne ganglionnaire.

6° La peau qui recouvre la glande doit être comprise dans le lambeau :

a) Pour éviter des récidives ;

b) Pour remédier à la paralysie faciale.

7° La résection du bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur est d'une utilité contestable si on enlève le masséter et si on rugine cette branche.

8° L'ablation de la partie supérieure du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien et de la partie postérieure du muscle masséter a la même importance que celle de l'extirpation des muscles pectoraux dans l'opération de Halsteadt. Les recherches anatomiques montrent que glande et aponévrose sont là inséparables ; l'anatomie pathologique que de la façon la plus précoce l'épithélioma s'y infiltre.

BIBLIOGRAPHIE

Albino-Magri. — Extirpation d'une tumeur située dans la région parotidienne. Ann. universali medicina, 1829.

Audé. — Thèse de Paris, 1876.

Bérard. — Thèse de Concours, 1841. Maladies de la glande parotide.

Bordeu. — Mémoire sur les écrouelles, t. III, p. 96.

Boyer. — Malad. chirurg., t. IV, p. 270.

Bérard et Leriche. — Traité de chirurgie, 1906, t. II, p. 785.

Billroth. — Virchows Archiv., 1859, XVII.

Bauchet. — Hypert. de la parotide. Mémoires à la Société de Ch., 1860, t. V.

Braulot. — Thèse de Paris, 1874.

Bourgery et Jacol. — Atlas d'Anatomie.

Béchard. — Obs. d'extirp. de la parotide. Arch. Gén. Méd., 1re série, t. IV, p. 62.

Bottini. — Giornale R. Acad. Méd., octobre 1878.

Bardy-Delisle. — Extirp. parotid. par écrasement linéaire. Union Médic., 21 juin 1877.

Cunéo et Veau. — Contrib. à l'étude de la pathogénie des tumeurs mixtes paro-buccales. Congrès de 1900. Chirurgie.

Chelius. — Traité de Chir., t II, p. 363, trad. fr.

Coyne. — Journal de Méd. de Bordeanx, 1894.

Cullerier. — Journal de Méd. Ch. Pharmacie, t. XXVI, p. 291.

Curtis et Phocas. — Cont. à l'étude des tumeurs mixtes de la parotide. Arch. provinc. de Méd., 1889.

Chrétien. — Parotide. Dict. encyclopéd. des sciences médicales.

Cruveilhiés. — Anatomie descriptive.

Chassaignac. — Traité clinique des opérat. chirurg.

Dolbeau. — Gaz. hebd., 1858, p. 687-717-752-204-586.

Desault. — Traité de Méd. et de Chirurgie.

Duplay. — Progrès médical, 7 avril 1877.

Duplay-Rochard-Demoulin. — Manuel de diagnostic chirurg.

Le Dentu. — Études de chirurg. Paris, 1892.

Demarquay. — 15 décembre 1800. Gaz. Hôp. Extirp. de parot. avec résection arcade zygom.

Ewing Stears. — Extirp. parot. transact. of the Collège of Philadelphie, 3e série, t. II, 1876.

Friéger. — Journ. de Chir. Méd., Aug. von Graefe et Walther, Berlin, 1821, Band. II, p. 454.

Friedberg. — Chirurg. cliniq., Iéna, 1855, Band. I, p. 237.

Favenc. — Thèse de Paris, 1856.

Fayan. — Thèse de Paris, 1876.

Fournier. — Union médicale, 1859.

Faure. — Tumeurs de la parot. Gaz. Hôp., 1895, n° 30.

Forgue. — Thèse Fadat (Montpellier, 1909).

Forgue et Reclus. — Traité de thérap. chirurgicale.

Fano. — Extirp. parot. Gaz. Hôp., 8 décembre 1808.

Gilis. — Région parot. et espace maxillo-pharyngiens, 1905.

Goodlad. — Méd. chirurg. Transactions. London, 1819, vol. VII, p. 112.

Gilette. — Chirurg. journalière de Paris, 1877, p. 348.

Heurtaux. — Art. chond. et fibrômes. N. D. de Méd. et Ch. pratiques, t. VII et XIV.

Hartmann. — Soc. anat., 1895.

Hourmann. — Dissert. sur ext. parot. Thèse de Paris, 1824.

Jobert. — Extirp. parot. Bull. acad. méd., 13 septembre 1842.

Jean. — Thèse de Paris, 1873.

Kirmisson. — Des opérat. préliminaires. Thèse de Paris, 1879.

Kyll. — Dissert. de indur. et ext. glandu. parotidis. Bonn, 1822.

Kauffmann. — Arch. für kliniq. chir. Berlin, 1881.

Kolackzeck. — Uber. das Angiosarcum deutch. Zeitschrift für chir., 1878.

Lautier. — Thèse de Montpellier, 1897.

Lacoste. — Mémoire et observ. sur l'extirp. d'une parot. cancéreuse.

Luzemberg. — 1842. Ext. total. parot. Bull. acad. méd., t. VIII, p. 69.

Levrat. — Extirp. parot. au thermo. Bull. soc. anat., p. 489, 1879.

Mage. — Etude anat. chirurg. sur extirp. parotide. Thèse de Montpellier, 1907.

Malgaigne. — Bull. acad. méd., 1858, t. XXIV.
Michaux. — Thèse de Paris, 1883.
Mixter. — Boston méd. Journal, 1896.
Minelle. — Thèse de Paris, 1896.
Masse. — Arch. für kliniq. Berlin, 1892.
Moore. — Méd. Times, oct. 1869, page 489.
Maisonneuve. — Bull. soc. chirurg., 1855-1856, p. 196.
Masse. — Thèse de Paris, 1868.
Moulinié. — Gaz. Hôp., 1833, t. VII, p. 46.
Mac Clellan. — American med. Review, 1826.
Murat. — Dict. sciences méd. art. parot., 1819.
Margouliès. — Histogénie et pathogénie des tumeurs mixtes des glandes saliv. Thèse de Montpellier, 1907.
Massabuau. — Struct. histol. et orig. embryonn. des tumeurs mixtes gland. saliv. Revue de Chirurgie, 1907.
Michaux. — Sur le cancer de la parot. Thèse de Paris, 1884.
Mott (Valentine). — Ext. parot. American journal of méd., mai 1832.
Morgagni. — Adversario. anatomica. Animadversio, XCIX.
Meckel. — Manuel d'anat. descrip. et pathol.
Nasse. — Die Geschvülsté der Speicheldrüsen. Archives für kliniq. chirurg., 1892.
Noegelé. — Ext. parot. Annales Heidelberg, 1826.
Perena. — Thèse de Paris, 1866.
Perochaud. — Thèse de Paris, 1884.
Planteau. — Thèse de Paris, 1876.
Paulet. — Traité d'Anat. top.
Polaillon. — Ablation totale de la parot. Bull. soc. chirurg., 1887.
Richet. — Anat. chirurg.
Rust. — Rép. sciences méd., t. XIX, p. 305-512; t. XIII, p. 558.
Roux. — Gaz. Hôp., 1837, t. XI, p. 333.
Robin. — Union médicale, 1857, n° 100.
Rodriguez. — Thèse de Paris, 1890.
Robert (D.-J.). — Ligature de la carotide externe, 1873.
Randolphe. — Ext. parot., Gaz. Hôp., 5 novembre 1839.
Raymond. — Étude sur l'extirpation des tumeurs, Thèse de Paris, 1870, n° 182.
Sedillot. — Extirp. de la parot. Cont. à la chirurg., t. II, p. 81,
Soucrampes. — Journal de Méd. Chir. Pharm., vol. 84. p. 222.

Sebileau. — Démonst. anat., 1892, p. 57.
Sappey. — Anat. descrip.
Savournin (J.-L.). — De l'extirp. de la parot. Gaz. Hôp., p. 14, 1839.
Signorani. — Extra-parotidis, juillet 1840.
Sanchez-Tosa. — Extirp. compl. de la parot. avec résection max. inf. et sup. Cronica de las Hospitales, p. 237.
Testut. — Anat. descrip.
Triquet. — Recherches d'Anat. et de Path. sur la région parotidienne Arch. de Méd., 4e série, 1852, t. XXIV.
Trélat. — Cliniq. chirurg., 1891, t. I, p. 750.
Tillaux. — Anat. top.
Bruns (Victor). — Handbrich. der Pratit. chirurg., t. II, p. 453. Tubingen, 1857.
Vergely. — Journal méd., Bordeaux, 1895.
Volkmann. — Deutsch. Zeitsch. für Kliniq. méd., 1895.
Velpeau. — Méd. opérat., t. II, p. 18.
Valérani. — Extirp. parot. Gazzetta della clinique. Turin, novembre 1877.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 5 novembre 1910.
Le Doyen,
Mairet.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 8 novembre 1910.
Le Recteur,
Ant. Benoist.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !